

- ♦ реабилитационные центры (уровень субъектов Российской Федерации);
- ♦ реабилитационные комплексы (федеральный уровень).

Сама МСР, будучи составной частью системы охраны общественного здоровья (профилактика — диагностика — лечение — реабилитация) служит своеобразным связующим звеном между указанной системой и системой социальной безопасности населения, являясь профилактическим барьером на пути трансформации аварий биологических механизмов адаптации и компенсации в социальную девиантность или социальное небытие.

Резюме: предлагаемые концептуальные подходы дают основание рассматривать комплексную медико-социальную реабилитацию как самостоятельную область научной и практической деятельности на стыке нескольких сфер общественно-экономической формации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. В.А.Епифанова, ред. М.: Медпресс-информ; 2005.
2. Назарова Е.Н., Жилов Ю.Д. Основы социальной медицины. М.: Академия; 2007.
3. Назарова Н.М., Аксенова Л.И., Архитов Б.А., Белякова Л.И. и др. Социальная педагогика. М.: Академия; 2010.
4. Осадчих А.И., Власов Я.В. Реабилитация инвалидов с двигательными нарушениями: комплексность, непрерывность, рациональность. В кн.: «Синдром верхнего мотонейрона». Самара: Самарское отделение Литфонда; 2005: 334-408.

5. Пухлак А.Э., Осадчих А.И., Шестопалов Н.П., Посошкова О.И. Качество жизни пожилого москвича: социальные и медицинские аспекты остеоартроза. М.: Медпрактика — М; 2009.
6. Чумаева Е.А. Исследование факторов риска инвалидизации лиц с офтальмопатологией. VII Съезд офтальмологов России. Тезисы докладов. М.: 1-4 июня 2005.
7. Hort S. The geography of comparative welfare state reseach: a comment Global Social Policy. 2005; 5: 14-7.

REFERENCES

1. Medical Rehabilitation: A Guide for Physicians. V.A.Epifanova, ed. Moscow: Medpress-inform; 2005 (in Russian).
2. Nazarova E.N., Zhilov Ju.D. The Basics of Social Medicine. Moscow: Akademiya; 2007 (in Russian).
3. Nazarova N.M., Aksenova L.I., Arhipov B.A., Beljakova L.I. et al. Social pedagogy. Moscow: Akademiya; 2010 (in Russian).
4. Osadchih A.I., Vlasov Ja.V. Rehabilitation of persons with mobility impairments: comprehensiveness, continuity, rationality. In: "Upper motor neuron syndrome". Samara: Samarskoe otделение Litfonda; 2005: 334-408 (in Russian).
5. Pihlak A.E., Osadchih A.I., Shestopalov N.P., Pososhkova O.I. The quality of life of the elderly Muscovite: social and medical aspects of osteoarthritis. Moscow: Medpraktika — M; 2009 (in Russian).
6. Chumaeva E.A. VII Research on risk factors of persons with disability ophthalmopathy. Congress of Russian ophthalmologists. Abstracts. Moscow: June 1-4 2005 (in Russian).
7. Hort S. The geography of comparative welfare state reseach: a comment Global Social Policy. 2005; 5: 14-7.

© СЬЮЗЕН МАРГАРЕТ ОЛИВЕР, 2013

УДК 616-051:616-002.77+616.711.741-082:614.2

*Сьюзен Маргарет Оливер**

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ И МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В XXI ВЕКЕ

Председатель постоянного комитета профессиональных медицинских работников Европейской антиревматической лиги (EULAR), Великобритания, 7 Trafalgar Lawn, Barnstaple, Devon. EX32 9BD

*Сьюзен Маргарет Оливер, E-mail: sue@susanoliver.com

♦ Все развитые страны Запада сталкиваются с большими проблемами, связанными с ростом требований к здравоохранению. Существует растущая потребность в развитии служб, способных обеспечить экономически эффективную медицинскую помощь неизменно высокого качества, предоставляемую специалистами высокой квалификации. Клиницисты, работающие в области ревматических и мышечно-скелетных заболеваний, будут сталкиваться с растущими требованиями, которые создадут потенциальную угрозу их способности предоставлять высококачественную медицинскую помощь, быстро реализуемую, но при этом экономически эффективную, соответствующую критериям XXI века. Страны Запада, имеющие хорошо развитую систему здравоохранения, уже начали процесс адресного ответа на эти вызовы, используя целый комплекс подходов, в частности, модернизацию служб, изменения в подготовке профессиональных работников среднего звена и больший фокус на адресном подходе к медицинской помощи пациентам. Модернизация медицинской службы часто использовала действующую рабочую силу на новых путях или пыталась повысить квалификацию и компетентность медицинских профессионалов (включая медсестер, физиотерапевтов, трудотерапевтов, врачей-ортопедов и психологов). Повышение роли профессиональных медицинских работников (ПМР) позволит врачам иметь дополнительное время и принимать важные диагностические и тактические решения применительно к сложным случаям. Эта статья рассматривает движущие силы изменений и проблемы, связанные с модернизацией службы для оптимизации медицинской помощи, то есть для обеспечения мощного мультидисциплинарного подхода к будущей медицинской помощи при ревматических и мышечно-скелетных заболеваниях (РМСЗ).

Ключевые слова: ревматические мышечно-скелетные заболевания, мультидисциплинарные бригады, профессиональные медицинские работники, адресная помощь, сфокусированная на пациенте и модернизация службы

S. M. Oliver

THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONALS IN MEETING THE CHALLENGES OF HEALTHCARE — RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES IN THE 21ST CENTURY

Chair of the European League Against Rheumatism Health Professionals Standing Committee, 7 Trafalgar Lawn, Barnstaple, Devon. EX32 9BD, United Kingdom

♦ Developed countries throughout the western world face significant challenges in meeting rising demands for healthcare. There is a growing need to build services that offer a cost effective and consistent quality of care delivered by a highly skilled workforce. Clinicians working in the field of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases will face increasing demands that potentially threaten their ability to deliver high quality care, prompt, yet cost effective care designed for the 21st Century. Countries

that have a well-developed healthcare system within the Western world have already begun the process of addressing these challenges, using a mix of approaches such as service re-design, changes in the workforce provision and a greater focus on delivering a patient focussed approach to care. Service re-design has often used the current workforce in new ways or advanced the skills and competencies of healthcare professionals (including nurses, physiotherapists, occupational therapists, podiatrists and psychologists). Whilst advancing the roles of Health Professional (HP) this process does replace the expertise of their medical colleagues but complements, enabling the physicians to carry out important diagnostic and management decision on complex patients. This paper explores the drivers for change and considers the issues related to changing service delivery to optimise care by applying a strong multi-disciplinary approach to the future of healthcare for Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (RMD).

Key words: rheumatic Musculoskeletal Diseases, Multi-Disciplinary Teams, Healthcare Professionals, Patient Centered Care and Service-redesign

Введение

В то самое время, когда медицина развивает сферу дорогостоящих вмешательств, а фармацевтическая индустрия продолжает развивать широкий спектр потенциально более эффективных, но дорогих биологических препаратов для лечения многих длительно протекающих заболеваний, заметно растут контингенты возрастных и хронических больных. К 2050 году возраст 27 % жителей Европы превысит 65 лет, причем множество людей этой возрастной группы будут иметь, по меньшей мере, одно или более сопутствующих заболеваний [1]. Нагрузка на системы здравоохранения и социальной помощи в странах Запада породила необходимость апробации новых моделей, способных отвечать этим потребностям и, кроме того, находить решения проблем по улучшению исходов заболеваний и оптимизации рентабельности медицинской помощи.

Ревматические и мышечно-скелетные заболевания (РМСЗ) распространены чрезвычайно широко и включают множество нозологических форм, причем многие из этих патологических состояний охватывают практически весь возрастной спектр жизни от самого молодого до самого преклонного возраста [2, 3]. Эта обширная группа патологий включает генетические, врожденные и приобретенные в ходе развития заболевания молодого возраста, мультисистемные аутоиммунные процессы (например, воспалительные формы артрита, болезни соединительной ткани и васкулит), патологию костей и позвоночника (остеопороз и боли в поясничной области), а также региональные и рассеянные боли и мышечно-скелетные повреждения. Ведущими симптомами этих патологических состояний, как правило, являются боль и функциональные ограничения. В Великобритании РМСЗ являются одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидности, занимая следующее место после психиатрических заболеваний и расстройств.

РМСЗ оказывают значительное влияние не только непосредственно на больных, но и за счет ограничений их трудоспособности — на экономику в целом (прямые и не прямые расходы). В недавнем европейском докладе сделан вывод о том, что на РМСЗ расходуется 2% валового внутреннего продукта [4], а в других материалах отмечается, что длительные мышечные, костные и суставные проблемы представляют собой самые частые патологические состояния [5] (рис. 1). В то же время в тех странах, которые имели доступ к новым методам лечения, отмечено снижение нагрузки на здравоохранение [6].

Изменение демографических показателей приведет к увеличению частоты патологических состояний, часто встречающихся у лиц пожилого возраста, например — остеоартрита (ОА). Это вызовет определенное напряжение, как в профессиональной, так и в финансовой сфере, поскольку снизит доступность своевре-

менной диагностики и оказания специализированной медицинской (в том числе хирургической) помощи [7]. Увеличение времени ожидания консультаций и доступа к новым методам лечения становится серьезной проблемой во всей Европе [8]. Одни страны сейчас борются с этой проблемой, а другие уже использовали возможности и ресурсы для внедрения инноваций и адаптации системы медицинской помощи, что позволило обеспечить населению экономически рентабельную медицинскую помощь с быстрым доступом к диагностике и лечению, всесторонне укомплектованную высококвалифицированными медицинскими кадрами [9].

Мультидисциплинарная бригада (МДБ)

Начальный этап развития роли ПМР и действительное признание мультидисциплинарных бригад (МДБ) как компонента предоставляемой медицинской помощи началось в Европе в 1960-е годы и приобрел более широкий масштаб в 1980-е годы. Появление МДБ отчасти было связано с требованиями к медицинской рабочей силе, но в то же время и с необходимостью обеспечить полноценный доступ к медицинской помощи, например, в сельских или отдаленных регионах [10]. Со времени появления МДБ в 1980-х годах претерпели большие изменения, как непосредственное предоставление медицинской помощи, так и подготовка к практической деятельности ПМР.

К числу профессиональных медиков, работающих в области РМСЗ, относятся медицинские сестры, физиотерапевты (ФТ), трудотерапевты (ТТ), ортопеды, психологи и фармацевты. Работая бок о бок с врачами и хирургами, ПМР составляют стержень мультидисциплинарной бригады. В дополнение к этому многие страны сейчас считают важным включить в мультидисциплинарную бригаду



Рис. 1. Евробарометр 2007 — процентная доля респондентов, сообщивших о заболеваниях (в настоящее время или когда-либо в прошлом). Мышечно-скелетный статус здоровья в Европе (www.eumusc.net [2])

самого пациента. Представительство пациентов варьируется в разных моделях, включая организации пациентов, пациентов-экспертов и пациентов-исследователей. Включение социальных работников и других вспомогательных работников варьируется в разных странах с учетом объема предоставляемой помощи и национальной политики в области здравоохранения.

ПМП, задействованные в области РМСЗ в Европе, имеют разный уровень базовой и специальной подготовки и работают в разных правовых рамках, определяющих сферу их практики. В настоящее время в Европе уделяется все большее внимание разработке рекомендаций для медицинской помощи через МДБ с учетом различий в квалификации медицинских работников в разных странах Европы, что отражено в недавних публикациях для физиотерапевтов и медицинских сестер [11, 12]. В общих чертах множество исследований высокого уровня было сосредоточено на научно-экспериментальных доказательствах для разных дисциплин в рамках МДБ, в результате которых были оценены принципы медицинской помощи при наиболее частых формах патологии (например, ОА, болях в спине, хронических болевых синдромах и воспалительных артритах, в частности — ревматоидном артрите (РА), где имеется наибольшая потребность в медицинской помощи через МДБ. Недавно в литературе были описаны нефармакологические подходы к тактике лечения при хронических мышечно-скелетных болях (например, использование психологической помощи), при ОА тазобедренного и коленного сустава, а также потребность в рабочей силе, задействованной в лечении РА и ОА. В этих публикациях были продемонстрированы эффективные методы лечения и даны рекомендации [13—15].

Большое количество собранных данных продемонстрировало положительные результаты и экономическую эффективность медсестринской помощи больным с воспалительными артритами, особенно с РА [7]. Исследования показали, что специально подготовленные медсестры или ПМП среднего звена могут оказывать больным столь же безопасную и эффективную помощь, что

и врачи-ревматологи, предоставляя пациентам практически постоянный доступ к необходимой медицинской помощи [16, 12]. Специально подготовленные медсестры и ПМП среднего звена способны провести оценку состояния суставов, затребовать результаты мониторинга по данным рентгеновского обследования и мониторинга крови, определить тактику лечения болей, модифицировать схемы лечения и проводить внутрисуставные инъекции лекарств. Медицинские сестры в стандартном рабочем режиме дают пациентам советы по телефону и могут функционировать как первичная точка контакта для пациентов, получающих постоянную медицинскую помощь, а также осуществлять связь таких пациентов с другими членами МДБ.

Роль ФТ заключается в работе с пациентами по достижению оптимальной функциональной способности и повышению качества жизни применительно к их заболеванию и клиническому состоянию. ФТ оценивает физикальные, психосоциальные, внешнесредовые и социальные аспекты, влияющие на способность больных проявлять нормальную активность при сбалансированном стиле жизни [17]. Работа ФТ направлена на то, чтобы пациенты могли адаптироваться к своей болезни и эффективно обслуживать себя.

В последние годы деятельность ПМП среднего звена сфокусирована на научно обоснованных стратегиях адресной доставки медицинской помощи определенным группам пациентов, например, на когнитивно-поведенческих образовательных программах. Кроме того, фокус внимания сосредоточен на реабилитации, которая помогает пациентам поддерживать себя в активном состоянии или вернуться к участию в работе, достичь полной физической функциональности, для чего на основе оценки мышечно-скелетной системы используют специальные программы упражнений [18]. Программы реабилитации с помощью упражнений могут быть разработаны ФТ множеством способов (как на суше, так и в воде) для групповых или индивидуальных занятий. Физиологи, фармацевты, ортопеды, социальные работники и диетологи играют



Рис. 2. Концептуальная модель помощи, центрированной на пациенте.

важную роль, являются неотъемлемыми членами МДБ, и при создании эффективной бригады этих специалистов нельзя упускать из виду.

Добавленная ценность — помощь, центрированная на пациенте (ПЦП)

Различия в доступе к мнению и лечению специалиста в высшей степени влияют на качество жизни пациентов и отдаленные исходы заболеваний. РМСЗ во многих случаях являются потенциально инвалидизирующими, требующими для достижения лучшего физического и психологического исхода ранней диагностики и незамедлительного целенаправленного и дорогостоящего лечения [9].

Установленная доказательная база в настоящее время признает необходимость решения физических и психологических проблем людей, предъявляющих жалобы на состояние своего здоровья. Адресное решение поведенческих и психологических проблем, особенно при неизлечимых хронических заболеваниях, является ключевым аспектом в оптимизации ресурсов медицинской помощи. Цель заключается в том, чтобы пациент больше не был "пассивным получателем помощи", а получил возможность стать "активно вовлеченным в лечебный процесс и получить полномочия для управления своим заболеванием" [7]. Всемирная Организация Здравоохранения отстаивает принцип фокусирования внимания на обеспечении поведенческих вмешательств, самоуправления; подчеркивает ценность вмешательства пациента для достижения благоприятного исхода [1]. Действительно, с учетом потребности в большей эффективности медицинской помощи приходит понимание того, что информированный пациент в большей степени удовлетворен медицинской помощью и с большей вероятностью будет позитивно воспринимать схемы лечения и осуществлять самоконтроль [19]. Концептуальная модель помощи, центрированной на пациенте (ПЦП), и возможных последствий такой помощи показана на рис. 2. ПЦП можно определить как "помощь, которая уважает индивидуальные предпочтения, потребности и ценности пациента, отвечает им и гарантирует, что клиническое решение будет включать ценности пациента". Члены МДБ могут вносить существенный вклад в поддержку клинициста в плане обеспечения ПЦП. Эффективно спланированные системы здравоохранения, которые способны обеспечивать хорошо управляемую ПЦП, могут демонстрировать концептуально компетентную систему [19].

Способность предоставлять инновационную помощь с использованием подхода ПЦП основывается на национальной политике здравоохранения, финансирующей новые направления работы и благоприятствующей им с использованием соответствующим образом подготовленных бригад медицинской помощи, способных обеспечить ПЦП. За последнее десятилетие многие развитые страны Запады рассматривают предоставление медицинской помощи при РМСЗ как специальную сферу деятельности, требующую экспертизы мультидисциплинарной бригады (МДБ).

Ответ на вызовы с использованием инновационных подходов к медицинской помощи

Очевидно, что предоставление медицинской помощи при РМСЗ улучшится, если мы сможем ответить на вызовы грядущих потребностей здравоохранения. Медицинские профессионалы в развитых странах борются за эту концепцию, и существует много разных путей адаптации к этим требованиям будущего. Однако, говоря о модернизации медицинской службы, необходимо учитывать некоторые важные факторы, к которым относятся:

- ♦ определение новых моделей медицинской помощи с быстрым доступом к раннему лечению;
- ♦ определение маршрута пациента в системе здравоохранения (с идентификацией ненужных этапов и лишнего времени ожидания);
- ♦ обеспечение центрированного на пациенте подхода к помощи, который поощряет больных людей активно участвовать в лечении их хронических заболеваний;
- ♦ оптимизация рабочей силы и навыков персонала для обеспечения эффективной и адекватной медицинской помощи.

Модели улучшения предоставляемой медицинской помощи с использованием ПМР

Роль профессиональных медицинских работников среднего звена может заключаться или в добавлении некоторых новых услуг, которые ранее не были представлены в обычном стандарте медицинской помощи (например, выделение дополнительного времени для просвещения пациентов об их заболеваниях), или в активном проведении мероприятий, которые ранее выполнялись только врачами (например, стандартная оценка активности заболевания, включающая учет пораженных суставов).

Пересмотр роли ПМР среднего звена может быть результатом:

- ♦ Усовершенствования: расширение навыков и компетенции ПМР среднего звена в специфических профессиональных группах
- ♦ Замещения: замена одного профессионала на другого
- ♦ Делегирования: передача функций по оказанию медицинской помощи от ПМР высшего звена работникам менее высокого уровня в рамках одной и той же медицинской специальности



Рис. 3. Схема потенциальных движущих сил и барьеров на пути внедрения новой роли ПМР среднего звена [10].

- ♦ Инновации: введение нового типа профессионалов или новых путей оказания медицинской помощи. Доклад фонда здравоохранения [10], рассматривающий пересмотр ролей профессионалов и улучшение качества медицинской помощи, наметил еще один путь позитивных изменений в медицинской службе, основанный на:
 - ♦ Переносе — перемещении оказываемой медицинской помощи из одной системы здравоохранения в другую
 - ♦ Настройке — изменении места оказания помощи без замены профессионалов
 - ♦ Взаимодействии — использовании ресурсов врачей/ПМР для обучения и поддержки других медицинских профессионалов
 - ♦ Дополнении: расширении сферы услуг в рамках той же системы здравоохранения (рис. 3).

Научно обоснованное использование профессионалов здравоохранения и модернизация службы

Оптимизация использования ресурсов и улучшение исходов заболеваний для пациентов являются ключевыми индикаторами при рассмотрении вопроса о модернизации медицинской службы с использованием подхода МДБ [20, 9].

Для осуществления консультаций типа Patient-Physician Communication (коммуникация пациента с врачом) и оптимизации высоко оцениваемых по стоимости медицинских ресурсов, ПМР среднего звена обычно помогают врачам в оценке, лечении и просвещении пациентов по их заболеваниям, разъясняют риск и выгоды при выборе вариантов лечения и помогают пациентам участвовать в процессе лечения, включая более широкий круг их социальных и психологических потребностей [21].

Поскольку современная медицинская помощь включает ПЦП, очевидно, что требуется дальнейшее наблюдение для развития служб, способных обеспечить неизменно высокое качество помощи для всех, используя структурированный подход, который улучшает маршруты перемещений пациентов в системе здравоохранения [22]. Дальнейшее наблюдение за оказанием помощи пациентам с РА или ОА поможет выявить возможности сокращения ненужных затрат в системе, уменьшения времени лишних ожиданий и снижения неэффективного использования ресурсов.

Заключение

В короткой статье невозможно представить исчерпывающий обзор по экспертной оценке МДБ или доказательную базу по их вкладу в оптимизацию медицинской помощи для улучшения исходов заболеваний. Стремление к написанию этой статьи основывалось на желании представить строгое рациональное обоснование необходимости адаптации медицинской помощи при РМСЗ, отходя от традиционных моделей здравоохранения и приближаясь к новаторским подходам, которые могут улучшить результаты лечения для пациентов и стать экономически выгодной альтернативой за счет использования правильной клинической экспертизы в нужное время и в нужном месте. По существу, модернизация службы и планирование рабочей силы могут дать возможность компетентным специалистам из числа ПМР среднего звена эффективно управлять ресурсами и предоставлять пациентам эффективную и безопасную помощь, способную улучшить исходы лечения и дать новый клинический опыт решения проблем, связанных с ростом удельной численности пожилого населения, отягощенного хроническими заболеваниями [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organisation Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. 2013, World Health Organisation regional office for Europe: Denmark.

2. Parsons S., et al. A heavy burden. The occurrence and impact of musculoskeletal conditions in the United Kingdom today. 2011, Arthritis Research UK and University of Manchester: University of Manchester.
3. Murray C., et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*; 2012; 380 (December 15/22/29 2012): 2197—223.
4. Europe, F.f.W. Fit for Work. Making work count — how Health Technology Assessment can keep Europeans in work. Making work count. 2012. A fit for Work Europe paper.
5. Musculoskeletal Health in Europe, in Driving musculoskeletal health for Europe. 2013. Available at: www.eumusc.net.
6. Hagel S., et al. Trends in the first decade of 21st century healthcare utilisation in a rheumatoid arthritis cohort compared with the general population. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2013; 72: 1212—6.
7. Nodosi M., et al. The outcome and cost effectiveness of nurse led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2013. Available at: 10.1136/annrheumdis-2013-203403(2013-203403). (online first August 27, 2013).
8. Polina Putrik, et al. Variations in criteria regulating treatment with reimbursed biologic DMARDs across European countries. Are differences related to country's wealth? *Annals of Rheumatic Diseases*, 2013 (Online First).
9. Villeneuve E., et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2012. 72: 13—22.
10. Laurant M., et al. Revision of professional roles and quality improvement; a review of the evidence, in *Quest for Quality and Improved Performance*. 2010, The Radboud University Nijmegen London.
11. Briggs A., et al. Disease specific knowledge and clinical skills required by community based physiotherapists to co manage patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*. 2012; 64 (10): 1514—26.
12. Eijk-Hustings Y.V., et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2011; 71: 13—9.
13. Bremander A.B., et al. Depression and age as predictors of patient reported outcome in a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Care*; 2011; 9: 41—8.
14. Linda Fernandes, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis, in *Annals of Rheumatic Diseases*. 2013, BMJ Group com. Available at: www.ard.com.
15. Baldwin D., et al. Randomized prospective study of a work place ergonomic intervention for individuals with Rheumatoid Arthritis or Osteoarthritis. *Arthritis Care and Research*; 2012; 64 (10): 1527—35.
16. Stamm T. and H. Jackie. Extended roles of non-physician health professionals and innovative models of care within Europe; Results from a web based survey. *Musculoskeletal Care*. 2011; 9: 93—101.
17. Dziedic K., Hammond A. Overview of the aims and management of rheumatological conditions: the multidisciplinary approach, in *Rheumatology; Evidence based practice for Physiotherapists and Occupational Therapists* K. Dziedic and A. Hammond, Editors. 2010, Churchill Livingstone Elsevier: China.
18. Hurley M., Lyndsay Bearne. The principles of therapeutic exercise and physical activity, in *Rheumatology: Evidence Based Practice for Physiotherapists and Occupational Therapists*, K. Dziedic and A. Hammond, Editors. 2010, Churchill Livingstone. Elsevier: Edinburgh. p. 99—110.
19. Jayadevappa R., Chhatre S. Patient Centered Care — A conceptual model and review of the State of the Art. *The Open Health Service and Policy Journal*; 2011; 4: 15—25.
20. Li L., et al. An evidence-informed, integrated framework for Rheumatoid Arthritis Care. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and research)*. 2008; 59 (8): 1171—83.
21. R. L., et al. The British Society for Rheumatology & British health Professionals In *Rheumatology Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first 2 yrs)*. *Rheumatology*; 2006.
22. Susan O., Ailsa B. The user patient journey, in *Rheumatology: Evidence based practice for Physiotherapists and Occupational Therapists*. K. Dziedic, Hammond A., Editors. 2010, Churchill Livingstone. Elsevier: Edinburgh: 17-26.

REFERENCES

1. World Health Organisation Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. 2013, World Health Organisation regional office for Europe: Denmark.
2. Parsons S., et al. A heavy burden. The occurrence and impact of musculoskeletal conditions in the United Kingdom today. 2011, Arthritis Research UK and University of Manchester: University of Manchester.
3. Murray C., et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet; 2012; 380 (December 15/22/29 2012): 2197—223.
4. Europe, F.f.W. Fit for Work. Making work count — how Health Technology Assessment can keep Europeans in work. Making work count. 2012. A fit for Work Europe paper.
5. Musculoskeletal Health in Europe, in Driving musculoskeletal health for Europe. 2013. Available at: www.eumusc.net.
6. Hagele S., et al. Trends in the first decade of 21st century healthcare utilisation in a rheumatoid arthritis cohort compared with the general population. Annals of Rheumatic Diseases. 2013; 72: 1212—6.
7. Nodosi M., et al. The outcome and cost effectiveness of nurse led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. Annals of Rheumatic Diseases. 2013. Available at: 10.1136/annrheumdis-2013-203403(2013-203403).(online first August 27, 2013).
8. Polina Putrik, et al. Variations in criteria regulating treatment with reimbursed biologic DMARDs across European countries. Are differences related to country's wealth? Annals of Rheumatic Diseases, 2013 (Online First).
9. Villeneuve E., et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. Annals of Rheumatic Diseases. 2012. 72: 13—22.
10. Laurant M., et al. Revision of professional roles and quality improvement; a review of the evidence, in Quest for Quality and Improved Performance. 2010, The Radboud University Nijmegen London.
11. Briggs A., et al. Disease specific knowledge and clinical skills required by community based physiotherapists to co manage patients with Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care and Reseach. 2012; 64 (10): 1514—26.
12. Eijk-Hustings Y.V., et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Annals of Rheumatic Diseases. 2011; 71: 13—9.
13. Bremander A.B., et al. Depression and age as predictors of patient reported outcome in a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic musculoskeletal pain. Musculoskeletal Care; 2011; 9: 41—8.
14. Linda Fernandes, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis, in Annals of Rheumatic Diseases. 2013, BMJ Group com. Available at: www.ard.com.
15. Baldwin D., et al. Randomized prospective study of a work place ergonomic intervention for individuals with Rheumatoid Arthritis or Osteoarthritis. Arthritis Care and Reseach; 2012; 64 (10): 1527—35.
16. Stamm T. and H. Jackie. Extended roles of non-physician health professionals and innovative models of care within Europe; Results from a web based survey. Musculoskeletal Care. 2011; 9: 93—101.
17. Dziedic K., Hammond A. Overview of the aims and management of rheumatological conditions: the multidisciplinary approach, in Rheumatology; Evidence based practice for Physiotherapists and Occupational Therapists K. Dziedic and A. Hammond, Editors. 2010, Churchill Livingstone Elsevier: China.
18. Hurley M., Lyndsay Bearne. The principles of therapeutic exercise and physical activity, in Rheumatology: Evidence Based Practice for Physiotherapists and Occupational Therapists, K. Dziedic and A. Hammond, Editors. 2010, Churchill Livingstone. Elsevier: Edinburgh. p. 99—110.
19. Jayadevappa R., Chhatre S. Patient Centered Care — A conceptual model and review of the State of the Art. The Open Health Service and Policy Journal; 2011; 4: 15—25.
20. Li L., et al. An evidence-informed, integrated framework for Rheumatoid Arthritis Care. Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and research). 2008; 59 (8): 1171—83.
21. R. L., et al. The British Society for Rheumatology & British health Professionals In Rheumatology Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first 2 yrs). Rheumatology; 2006.
22. Susan O., Ailsa B. The user patient journey, in Rheumatology: Evidence based practice for Physiotherapists and Occupational Therapists. K. Dziedic, Hammond A., Editors. 2010, Churchill Livingstone. Elsevier: Edinburgh: 17-26.

Клиническая медицина

© О.О ЯНУШЕВИЧ, О.Н. СЫРБУ, 2013

УДК 616.314.17-002.2-031.81-055.1-053.88-036.1

О.О Янушевич*, О.Н. Сырбу

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА (ХГП) У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ЧАСТИЧНОГО ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА (PADAM)

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»
Минздрава России, 127473, Москва, Россия

*Янушевич Олег Олегович, E-mail: yanushevich@me.com

♦ Известно, что уровень половых гормонов играет важную роль в патогенезе ХГП у женщин, у мужчин этот вопрос менее изучен. Целью данного исследования является выявление особенностей клинического течения ХГП у мужчин с синдромом PADAM. Исследования показали, что хронический генерализованный пародонтит у мужчин с лабораторно установленным дефицитом половых гормонов отличается тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом.

Ключевые слова: пародонтит, андрогены, тестостерон, мужчины, синдром PADAM

O.O Yanushevich, O.N. Syrbu

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT OF A CHRONIC GENERALIZED PERIODONTAL DISEASE AT MEN WITH PARTIAL ANDROGEN DEFICIENCY IN AGING MALE (PADAM SYNDROME)

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, 127473 Moscow, Russia

♦ It is known that the level of sex hormones plays an important role in the pathogenesis of chronic generalized periodontitis in female; in men this problem is less investigated. The aim of this study is to reveal the features of the clinical course of CGP